



殿

・手術月日 年 月 日 () AM・PM 時 分

・病名：

◎手術名：

・手術所要時間 約 分

・合併症…疼痛、出血、その他 ()

・麻酔法：局所麻酔

① 麻酔のアレルギーのある方は事前にお申し出ください。

② 術後、お薬が処方された場合は正しく服用（軟膏などは塗布）してください。

③ 手術内容によっては、術後、抗生剤の点滴を行う場合があります。（手術直前から点滴を開始する場合もあります。）

④ 次回の受診日は、基本的には翌日です。尚3日程度は連続で来院して頂き、その後は経過を見ながらお伝えします。

⑤ 術後に不具合なことがある場合は、連絡してください。

⑥ 夜間や休診日の場合は、救急病院などで一時的に診ていただきますよう宜しくお願い致します。

（出血の場合は、清潔なガーゼで15分間圧迫止血してください。）

※手術当日の外来診療状況により、手術開始時間が遅れる場合がございますので、ご了承ください。

※手術当日は、以下の承諾書に必要事項を記入して、お持ちください。

※手術内容により、予約時に術前検査（採血や心電図）、また術前数日間の休薬が必要な場合があります。

.....切り取り.....

※ 手術承諾書 ※

平成 年 月 日

説明医師氏名 : 院長 上田哲郎 印

小出一樹 長島誠 森山彩子 鈴木隆 相馬明紀 高田将司

手術名：

私は医師の説明及び上記の説明を理解し、手術を受けることを承諾致します。

平成 年 月 日

住所： 氏名 印

❖この承諾書は、手術当日に必ず受付に提出してください。

❖当日、来院出来ない事態が発生した時は、必ず当院に連絡してください。

ゆりのきクリニック

047-750-7555

.....以下はNs記載.....

♥確認Ns () ・休薬 有 () ・ 無

予約時採血.....有 ・ 過去の採血日 () ・ 不要

予約時EKG.....有 ・ 過去のEKG () ・ 不要

◆手術当日確認Ns ()

採血データー・・(n p B C TPHA 他)



